Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok VIII. Maj 1936 Nr. 5

Pielęgniarka Polska Nr. 5

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 5

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

przy opłacie zgóry za cały rok — 25% rabatu — 6 zł.

Rocznie 8 zł. Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VIII Maj 1936 Nr 5

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

U progu trzechsetlecia istnienia Domu Ks. Boduena w Warszawie

VI

Dziecko a rodzina

Najbardziej doniosła reforma, jaka dokonywa się na terenie Domu Ks. Boduena polega na zasadniczej zmianie ustosunkowania się do dziecka nieślubnego. Jeszcze przed kilku laty pogląd w tej dziedzinie dałby się mniejwięcej tak streścić: dziecko nieślubne to hańba dla matki, hańba dla społeczeństwa — nic więc dziwnego, że matki przed swem otoczeniem się kryją; sytuacja zwłaszcza wtedy jest trudna, jeśli taki fakt ma miejsce w „szanującej się rodzinie". Dom więc ks. Boduena jest wtedy ucieczką, schronieniem dla istot, które siłą rzeczy muszą wychowywać się w zakładzie poza nawiasem społeczeństwa i które siłą swego przyjścia na świat, skazane są na to, ażeby je wykluczyć z poza normalnie prosperującej rodziny. Matka nieślubna, o ile sobie na to zasłuży (sześciomiesięczne karmienie innych dzieci, za co nota bene matka pobiera specjalną opłatę), mogła dziecko w zakładzie pozostawić na nieograniczony okres czasu; dla ludzi zamożnych istniał zwyczaj „sekretnego" umieszczania dziecka, to znaczy, że za sumę około 500 zł. płatnych jednorazowo, albo ratami, można było dziecko umieścić, a tajemnica pochodzenia była uznana i zagwarantowana i tem samem ważniejsza, niż dochodzenie praw alimentacyjnych; nie mówiąc o dochodzeniu ojcostwa, które do dziś dnia jest jeszcze prawnie zabronione (art. 405 K. C. P.).

Dzisiejsze tendencje są wręcz odmienne i idą po linji następującej: źle jest mieć dziecko nieślubne, ale hańbą jest uchylać się od ponoszenia konsekwencyj i obowiązku wychowywania; na matce nieślubnej, w jakiemkolwiek położeniu by nie była, ciąży obowiązek opiekowania się dzieckiem; pomoc społeczna dąży do usamodzielnienia kobiety przez uzyskanie alimentów od ojca nieślubnego, przez udzielenie zapomogi, skierowanie do prac i t. p. Obowiązek opieki społecznej na mocy ustawy z dnia 16-go września 1923 r. ciąży na gminie przynależności i żadne względy zachowania tajemnicy nie są uwzględniane. Wychodzi się z założenia, że dziecko nieślubne nie powinno być wykluczone poza ramy środowiska, z którego pochodzi, powinno wzrastać w warunkach, które są dostępne ogółowi; im prędzej to nastąpi, tem lepiej.

Ponieważ prawodawstwo krzywdzi dziś bardzo dziecko nieślubne, podjęte są usilne starania, mające wpłynąć na zmianę odnośnych ustaw.

Dzieci pochodzenia nieznanego również powinny być wchłonięte przez społeczeństwo, to też duży kładzie się nacisk na rozwój akcji umieszczania dzieci w rodzinach (bez opłaty i za opłatą). Polityka ta podyktowana jest nietylko względami moralnemi i społecznemi, ale również i względami fiskalnemi: wychowanie w zakładzie nie opłaca się, zwłaszcza, jeśli trwa ono do 18—20 roku życia. Natomiast zapomoga, udzielona rodzinie na wychowanie dziecka jest znacznie mniejsza, niż kwota pobytu w zakładzie, a może mieć bardzo duże znaczenie dla podniesienia bytu całej rodziny.

Opieka nad matką nieślubną została wystarczająco przedstawiona w artykułach poprzednich, dlatego też w niniejszym artykule zostanie pominięta, natomiast poruszone tu będzie zagadnienie nieistniejącego już dziś systemu umieszczania „sekretnego“, który, zdaniem wielu jeszcze ludzi, powinien istnieć, zapobiega bowiem zbrodniom, popełnianym na dzieciach. Został zniesiony, bo godził w interes dziecka, bo był przywilejem dla osób, mogących zapłacić, bo wreszcie dzisiaj istnieje opieka przyzakładowa, która każdy przypadek, zanim dziecko zostanie umieszczone, musi dokładnie zbadać i wskutek której dziecko zostaje przyjęte do zakładu wówczas, gdy interes jego tego się domaga.

Oto dawne typowe przykłady:

1

Marjan J. — ma już dziś lat dwadzieścia kilka — umieszczony był „sekretnie“ przez osobę, która okazało się, że jest akuszerką. Pochodzenia nie udało się ustalić. Wychowywał się w kilku zakładach. Pragnie odnaleźć swą rodzinę, przypuszcza, że pochodzi z „lepszego rodu“. Ma żal do zakładu i do całego świata, „chociaż jest wdzięczny, że go wychowali“.

2

G. N. przebywał w Domu ks. Boduena od urodzenia do 7 roku życia. Umieszczony był przez własną matkę, 20 - letnią urzędniczkę biurową. Matka dziecko odwiedzała tylko w pierwszym roku, potem wyszła zamąż i kontakt z zakładem został zerwany. Zakład wiedział o jej zamążpójściu, ale w obawie, aby tajemnica nie wykryła się przed mężem, nie dawano jej znać nawet wtedy, kiedy dziecko chorowało. Chłopiec miał być umieszczony w zakładzie dla dzieci szkolnych właśnie w tym czasie, gdy znoszono system umieszczania „sekretnego“. Opiekunka przyzakładowa musiała jednak liczyć się z dawniejszemi zobowiązaniami zakładu. Przy zachowaniu daleko idącej dyskrecji, zrobiono wywiad u matki. Okazało się, że mąż wie o „tajemnicy“, ale przez delikatność nie interesował się tą sprawą, chociaż namawiał kiedyś żonę, ponieważ dzieci własnych nie mieli, ażeby odebrać chłopca z zakładu. Żona nie chciała się zgodzić, „bo obawiała się konfliktów, które mogłyby powstać pomiędzy jej mężem, a jej nieślubnem dzieckiem“. Zresztą tłumaczyła się ciężkiemi warunkami (mieszkali w dwu luksusowo urządzonych pokojach). Cały czas dręczyły ją wyrzuty sumienia, że dziecku jej może się dziać krzywda, ale odwiedzać dziecka „nie miała odwagi“. Mąż jej odniósł się do całej tej sprawy bardzo życzliwie i po kilku dłuższych rozmowach, zadecydowali, że dziecko z zakładu zabiorą. G. N. wrócił do własnej rodziny. Mąż matki przedsięwziął kroki prawne w celu uznania dziecka za własne.

Niestety nie we wszystkich wypadkach można było dojść do porozumienia z rodziną, bywały sprawy beznadziejne, gdzie bliscy członkowie rodziny zajmują nieraz wysokie stanowiska, ale obawa przed opinją jest większa, niż poczucie obowiązku i odpowiedzialności, nie mówiąc już o jakichkolwiek uczuciach względem dziecka.

1

S. P. Nieślubna jego matka zmarła w połogu. Chłopiec został umieszczony przez babkę, która ukrywała ten fakt starannie przed całą rodziną, zwłaszcza przed synami, z których jeden był posłem na sejm, drugi — księdzem. Babka chroni tej tajemnicy tak starannie, że dopóki żyje, żadnemu z jej synów powiedzieć o tem nie będzie można, chociaż prawdopodobnie, gdyby wiedzieli, nie dopuściliby do tego, ażeby dziecko ich siostry przebywało w przytułku. Z pewnością, gdy chłopiec dorośnie, jeśli o tem się dowie, sam upomni się o swoje prawa.

2

A. B. Umieszczony „sekretnie“ bez żadnych zastrzeżeń, po roku pobytu w zakładzie, zostaje wzięty na wychowanie przez obcą rodzinę. Po czternastu latach zgłasza się matka z zamiarem odebrania dziecka, ponieważ dobrze jej się powodzi i rodzina jej zgadza się, ażeby dziecko do niej powróciło. O odebraniu dziecka od opiekunów niema mowy, dziecko nosi ich nazwisko. Nikt z otoczenia nie przypuszcza, że to jest dziecko przybrane; chłopiec uczy się świetnie i bardzo jest do swych przybranych rodziców przywiązany. Rodzona matka prawa do dziecka nie odzyska, nigdy się nie dowie, gdzie dziecko jej przebywa. Musi ze swych zamiarów zrezygnować.

3

W. S. Dziewczynka umieszczona „sekretnie“ z zastrzeżeniem, że matka się kiedyś zgłosi, po kilku miesiącach umiera. Matka zgłasza się po latach dziesięciu, przez cały ten czas żyła nadzieją, że dziecko odbierze. Nie miała odwagi sama dziecko chować. Przez tyle lat dręczyła się, nie wiedząc nic, że dziecko jej nie żyje.

Nic więc dziwnego, że skasowano ten zwyczaj umieszczania „sekretnego“, pomimo, że zwolennicy jego, jako główny argument na poparcie go, wysuwali obronę rodziny, oraz zapobieganie dokonywania na dzieciach zbrodni.

Obecnie, przy dzisiejszych tendencjach, ilekroć zwróci się ktoś do zakładu z zamiarem umieszczenia „sekretnego“ dziecka, obowiązkiem opieki zakładowej jest zbadanie bliższe sytuacji, uświadomienie o możliwościach wytoczenia sprawy o alimenty, wytłumaczenie, że chodzi o przyszłość dziecka, że lepiej jest odrazu sprawę jasno postawić i t. d. Czasem zakład przyjmuje dziecko na ściśle określony termin kilku miesięcy z tem, że przez ten czas rodzina starać się będzie uregulować sytuację prawną dziecka.

Przykłady:

1

Ojcem jest 20-letni student, syn zamożnych rodziców, matka ma lat 22. Po urodzeniu dziecka u prywatnej akuszerki, matka uciekła stamtąd do własnego domu, dzieckiem musiał się zająć młody ojciec. Chłopiec ten zgłosił się do zakładu z prośbą o przyjęcie dziecka. Gdyby istniał zwyczaj umieszczania „sekretnego“, na co liczył, zdobyłby się z pewnością na 500 zł. i raz na zawsze pozbył się kłopotu, ale ponieważ dzisiaj bez wywiadu w Domu ks. Boduena nic zrobić się nie da, młody człowiek musiał najdokładniej dyrektorowi zakładu wszystko zeznać, co mu z łatwością nie przyszło, musiał podpisać zobowiązanie, że koszta będą pokryte i że jego rodzice, przed którymi trzymał wszystko w tajemnicy, bezzwłocznie o tem się dowiedzą. Młody człowiek zaskoczony był takim obrotem sprawy, ale ponieważ nie miał innego wyjścia, zobowiązanie podpisał, dokumenty swoje w kancelarji zakładu pozostawił. Skutek był taki, że zaraz następnego dnia przyszedł do zakładu razem ze swoją matką, która bardzo całą sprawę wzięła do serca i po kilku tygodniach dziecko zabrała do siebie i sama je chowa, pomimo, że małżeństwo dwojga młodych nie doszło do skutku.

2

M. J. Uczennica 8-mej klasy gimnazjum w Warszawie, córka bardzo zamożnych rodziców, zaszła w ciążę z wojskowym, który nie miał pozwolenia na małżeństwo. Całą sprawę trzeba było utrzymać w tajemnicy przed ojcem M. J. Dziecko zostało przyjęte za opłatą na okres kilku miesięcy, dopóki młodzi się nie pobiorą. Ponieważ ojciec dziecka w całej tej sprawie okazał się mało szlachetny, M. J. z nim zerwała i postanowiła wyjść zamąż

za innego, który całą przeszłość jej wybaczył i uznał jej dziecko za własne.

We wszystkich wypadkach dzisiaj zwraca się czujną i baczną uwagę, ażeby od początku zapewnić dziecku opiekę prawną i rodzinną. Oczywiście większość spraw nie kończy się sielanką: niestety, dzieci pozostają bez rodziny, bez osób, które ich losem bliżej się interesują.

Najprostszem i najbardziej celowem rozwiązaniem problemu dziecka bez rodziców, jest umieszczanie dzieci u rodzin zastępczych. Na szczęście zgłasza się dość dużo rodzin, które pragną wziąć dziecko, bo własnego nie mają. Więcej jednak jest dzieci, niż rodzin, zgłaszających się i tylko dzieci zupełnie zdrowe i najładniejsze są szczęśliwymi wybranymi. Słabe, wątłe, cherlaki, które w kulturalnych warunkach, przy odpowiedniej pielęgnacji wyrosłyby dzielnie i zdrowo, skazane są na pozostanie dziećmi niczyjemi. Trudno zresztą dziwić się rodzinie, że wybierając sobie dziecko z zakładu, pragnie i stara się wybrać najładniejsze i najzdrowsze. Ale — żal tej reszty.

Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego m. st. Warszawy w ostatnich latach gorąco propaguje akcję umieszczania dzieci w rodzinach zastępczych, nietylko bezpłatnie, ale i za opłatą, czyniąc to we własnym zakresie na terenie Warszawy, jak również za pośrednictwem Komitetu Umieszczania Sierot w rodzinach, który umieszcza dzieci za opłatą tylko u rodzin bezdzietnych również poza Warszawą.

Stosunek rodzin przybranych do wychowanków, bez przesady, można powiedzieć, że jest taki sam, jak do dziecka rodzonego. Błędy wychowawcze trafiają się, ale którzy rodzice nie popełniają błędów w stosunku do własnych dzieci? Wszystkie dzieci są ogromnie pieszczone, ładnie ubierane i co najdziwniejsze przeważnie wszystkie podobne do swych opiekunów, którzy wszelkiemi sposobami dążą do tego, aby dziecko w opinji ich znajomych i przyjaciół uchodziło za ich własne.

Wanda Tarnowska

Zniżka kuracyjna dla pielęgniarek

Komunikat Komisji Wypoczynkowej P. S. P. Z.

Komisja Wypoczynkowa P. S. P. Z. komunikuje, że w myśl okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej do Dyrekcji Uzdrowisk Państwowych, pielęgniarkom zawodowym przysługuje 50% zniżka za kurację w Uzdrowiskach Państwowych, co zamieszczone jest w cennikach Uzdrowisk Państwowych.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o pielęgniarstwie, to dalszy, niezmiernej wagi krok do uporządkowania i unormowania spraw pielęgniarskich w Polsce. Przedrukowujemy je przeto w całości z „Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej" Nr. 28, z 20 kwietnia 1936 roku. Lektura rozporządzenia będzie jednak niezrozumiała bez tekstu ustawy o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935, który Czytelnicy nasi odnajdą w „Pielęgniarce Polskiej" w Nrze 6, 1935. Numer, zawierający tekst ustawy można nabywać w Administracji „Pielęgniarki Polskiej".

REDAKCJA

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej

z dnia 17 marca 1936 r.

o pielęgniarstwie

Na podstawie art. 5 ust. (3), art. 6 ust. (7), art. 10 ust. (2), art. 11 ust. (3), art. 14 ust. (2), art. 20 ust. (2) i art. 24 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 199) zarządzam, co następuje:

§ 1. Artykuły (art.), powołane w rozporządzeniu niniejszem, oznaczają artykuły ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 199), paragrafy (§) — paragrafy niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Ilekroć przepisy rozporządzenia niniejszego mówią o pielęgniarkach, absolwentkach, instruktorkach, inspektorkach, kierowniczkach, uczennicach, dyrektorkach, kandydatkach do szkół pielęgniarstwa oraz siostrach zakonnych, przepisy te dotyczą również pielęgniarzy, absolwentów, instruktorów, inspektorów, kierowników, uczniów, dyrektorów, kandydatów do szkół pielęgniarstwa oraz braci zakonnych.

§ 3. (1) Rejestrację pielęgniarek przeprowadza właściwa dla miejsca zamieszkania pielęgniarki wojewódzka władza administracji ogólnej.

(2) W celu zarejestrowania się, pielęgniarki powinny przedłożyć następujące dokumenty:

a) dowód obywatelstwa polskiego,
b) świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarstwa lub świadectwo równoznaczne, (art. 19),
c) lekarskie świadectwo stanu zdrowia,
d) własnoręcznie napisany życiorys.

(3) Zezwolenie Ministra Opieki Społecznej na wykonywanie praktyki pielęgniarskiej (art. 3 ust. (3) i (4) służy, jako dowód dla rejestracji.

(4) Wojewódzka władza administracji ogólnej wydaje pielęgniarkom zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

§ 4. (1) Badanie pielęgniarki w przypadkach, przewidzianych w art. 6 ust. (2) i (3), zarządza wojewoda na umotywowany wniosek lekarza rządowego

(2) O stanie zdrowia pielęgniarki orzeka powoływana przez wojewodę komisja lekarska.

(3) Komisja lekarska składa się z 3-ch członków, z których conajmniej dwóch, gdy zachodzi potrzeba stwierdzenia choroby psychicznej, powinno być specjalistami chorób psychicznych. Orzeczenie komisji zapada większością głosów.

(4) Komisja lekarska może przed wydaniem orzeczenia skierować pielęgniarkę do wyznaczonego przez siebie zakładu leczniczego dla przeprowadzenia badań.

(5) Orzeczenie komisji lekarskiej powinno ustalać rodzaj choroby, czas jej przypuszczalnego trwania, jak również zawierać opinję, czy dalsze wykonywanie praktyki pielęgniarskiej przez pielęgniarkę może zagrażać życiu lub zdrowiu osób przez nią pielęgnowanych i do jakich czynności winno być ograniczone oraz wskazać najbliższy termin ponownego badania. O ile komisja nie może ustalić czasu przypuszczalnego trwania choroby, winna wskazać termin ponownego badania pielęgniarki.

(6) Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej wojewoda wydaje decyzję.

(7) W razie potrzeby ponownego badania pielęgniarki, na skutek jej odwołania, wojewoda wyznacza komisję w innym składzie.

(8) Koszty badania lekarskiego i pobytu pielęgniarki w zakładzie leczniczym obciążają Skarb Państwa. Koszty, wynikłe z ponownego badania pielęgniarki, przeprowadzonego na jej żądanie — ponosi pielęgniarka.

§ 5. (1) Osoba lub instytucja, ubiegająca się o zezwolenie na otwarcie szkoły pielęgniarstwa, powinna złożyć w Ministerstwie Opieki Społecznej podanie, statut i regulamin szkoły, program nauczania, plan lokalu i projekt wyposażenia w urządzenia i pomoce naukowe, spis i kwalifikacje personelu nauczycielskiego szkoły oraz gwarancję, że posiada lub uzyska środki finansowe, wystarczające do prowadzenia szkoły przynajmniej przez 2½ lat.

(2) Statut szkoły pielęgniarstwa winien zawierać nazwę szkoły, siedzibę, nazwisko właściciela, cel szkoły i podstawy finansowe, czas trwania nauki, warunki przyjmowania i zwalniania kandydatek, władze szkoły, ich obowiązki i zakres działania, tryb zmiany statutu oraz likwidacji szkoły.

§ 6. (1) Szkoły pielęgniarstwa powinny się mieścić blisko tych zakładów leczniczych, z których szkoła korzysta, jako z miejsca praktyki uczennic. Lokal szkoły powinien być urządzony zgodnie z przepisami higjeny i celami dydaktycznemi szkoły. Szkoła winna posiadać dostatecznie wyposażone i rozmiarami dostosowane do liczby uczennic sale: wykładową, demonstracyjną, kuchnię dietetyczną, laboratorjum, kancelarję, infirmerję, salę jadalną i rekreacyjną, sypialnie uczennic, pokoje dyrektorki i instruktorek, łazienki, ustępy i pomieszczenia gospodarcze — kuchnię, pralnię, spiżarnię, piwnicę. Laboratorjum, kuchnia dietetyczna i pralnia mogą mieścić się poza szkołą.

(2) Szkoły pielęgniarstwa dla zgromadzeń zakonnych obowiązuje również prowadzenie internatu dla uczennic przy szkole lub w klauzurze. Pozwolenie na zamieszkiwanie uczennic poza internatem (art. 13) może być udzielone, o ile właściwe władze zgromadzenia zezwolą szkole pielęgniarstwa na kontrolę warunków sanitarnych, w jakich przebywają uczennice w zgromadzeniu.

§ 7. (1) W szkole pielęgniarstwa wykładają lekarze i pielęgniarki; przedmioty, nieodnoszące się do lecznictwa, zapobiegania i pielęgnowania, jak chemję stosowaną, etykę ogólną, psychologję, pedagogikę, prawodawstwo, administrację, gotowanie, gimnastykę i t. p. mogą wykładać inne osoby, posiadające kwalifikacje do nauczania tych przedmiotów w liceach.

(2) Stały personel szkoły składa się z dyrektorki, instruktorki klasowej, inspektorki działów pracy uczennic, instruktorek szpitalnych i społecznych, przynajmniej po jednej w każdym dziale pracy; w pracy społecznej, prowadzonej w ośrodku zdrowia, powinno być po jednej instruktorce na każde 10 uczennic.

(3) Dyrektorką szkoły pielęgniarstwa może być tylko pielęgniarka, posiadająca obywatelstwo polskie, skończoną conajmniej 2-letnią szkołę pielęgniarstwa z programem, zatwierdzonym na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27-go listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich, conajmniej 5 lat pracy zawodowej pielęgniarskiej, w tem przynajmniej 2 lata w szkole pielęgniarstwa lub równorzędnej pracy pedagogiczno - pielęgniarskiej.

(4) Instruktorkami w szkołach pielęgniarstwa, z wyjątkiem dietetyczki, mogą być tylko pielęgniarki, które ukończyły conajmniej 2-letnią szkolę pielęgniarstwa z programem, zatwierdzonym na podstawie § 3 rozporządzenia, wymienionego w ust. (3), i posiadają uprawnienia do wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

(5) W drodze wyjątku Minister Opieki Społecznej może zezwolić na zatrudnienie do końca roku 1939 na stanowiskach instruktorek szpitalnych pielęgniarek, które nie ukończyły szkoły pielęgniarstwa, lecz nabyły uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarskiego na podstawie art. 19 ust. (1). Liczba instruktorek, zatrudnionych na tej podstawie, nie może przekraczać 1/3 liczby instrutorek szpitalnych, zatrudnionych przez szkołę.

§ 8. (1) Okres szkolny w szkole pielęgniarstwa trwa przynajmniej 2½ lat, wliczając w to 2 miesiące wakacyj w całym okresie szkolnym. Nauczanie obejmuje działy: pielęgnowania chorych, zapobiegania chorobom i propagandy higjeny. Nauczanie składa się z wykładów, ćwiczeń oraz praktyki w zakładach leczniczych, instytucjach za-

pobiegawczych i społecznych oraz w dziale higjeny szkolnej. Program szkoły pielęgniarstwa obejmuje następujące przedmioty: chemję stosowaną, anatomję i fizjologję, patologję ogólną i bakterjologję, choroby wewnętrzne, chirurgiczne, ginekologiczne, dziecięce, zakaźne, farmakologję, pierwszą pomoc w nagłych wypadkach, położnictwo, choroby nerwowe i psychiczne, choroby gardła, nosa, uszu i oczu; choroby skórne i weneryczne, balneologję i fizjoterapję, masaż leczniczy, psychologję ogólną wraz z psychologją nauczania, etykę ogólną i zawodową, zasady pielęgnowania ogólnego, pielęgnowanie w chorobach specjalnych, gotowanie i dietetykę, administrację szpitala, higjenę ogólną, osobistą i społeczną, walkę z chorobami społecznemi i zawodowemi, ochronę macierzyństwa i opiekę nad dzieckiem wraz z eugeniką, metody propagandy, pielęgniarstwo społeczne, ustawodawstwo sanitarne i społeczne, zasady wychowania fizycznego, obronę przeciwgazową. Językiem wykładowym jest język polski.

(2) Wykłady i ćwiczenia powinny obejmować najmniej 600 godziny w ciągu okresu szkolnego, a nie mogą trwać dłużej, niż ¼ tego okresu, wyłączając wakacje; reszta czasu ma być zużyta na praktykę, która powinna trwać conajmniej w dziale: chorób wewnętrznych — 3 miesiące, chirurgicznych — 3 miesiące, zakaźnych — 1½ mies., dziecięcych — 1½ mies., w położnictwie wraz z salą noworodków — 1 i pół miesiąca, w sali opatrunkowej — 1 mies., w sali operacyjnej — 1 mies., w pielęgniarstwie społecznem — 3 mies., w gospodarstwie i administracji — 1 mies. W miarę możności uczennice winny przechodzić praktykę i w innych działach.

(3) Praktyka uczennic powinna odbywać się w zakładach leczniczych na oddziałach: wewnętrznym, chirurgicznym, mających conajmniej po 30 łóżek, oraz zakaźnym, dziecięcym i położniczym, mających conajmniej po 10 łóżek. Na uczennicę, odbywającą praktykę, powinno przypadać na dyżurze od 3 do 8 chorych, na dyżurach popołudniowym i nocnym może ich być więcej.

(4) Praktyka w dziale zapobiegania chorobom i propagandy higjeny odbywać się powinna w ośrodkach zdrowia, posiadających przynajmniej 3 działy, zaś w zakresie higjeny szkolnej — w szkołach.

(5) Pielęgnowanie chorych na salach szpitalnych, wyznaczonych przez dyrekcję zakładu leczniczego do praktycznego szkolenia uczennic szkoły pielęgniarstwa, powinno być całkowicie objęte przez szkołę. Instruktorki na tych salach, zatrudnione przez szkołę, jak również przez szpital, w sprawach nauczania i kierowania uczennicami oraz w sprawach techniki pielęgniarskiej podlegają szkole. Dyrektorka szkoły kieruje praktycznem szkoleniem uczennic w zakładzie leczniczym w porozumieniu z dyrektorem tego zakładu. Szczegółowe warunki współpracy szkoły pielęgniarstwa z zakładem leczniczym określi umowa.

§ 9. (1) Egzamin końcowy w szkole pielęgniarstwa odbywa się z udziałem delegata Ministra Opieki Społecznej przed komisją egzaminacyjną, złożoną z przewodniczącego komisji w osobie delegata rady szkolnej (art. 14 ust. (5) i conajmniej 5-ciu członków z pośród wykładowców.

(2) Termin egzaminu powinien być podany do wiadomości Ministerstwa Opieki Społecznej przynajmniej na dwa miesiące przedtem.

(3) Egzamin końcowy obejmuje: A. sprawozdanie pisemne z 8-godzinnego dyżuru obserwacyjnego przy wyznaczonym przez komisję chorym, B. egzamin praktyczny na sali demonstracyjnej lub na oddziale szpitalnym z zasad pielęgniarstwa i C. egzamin ustny w zakresie programu szkoły pielęgniarstwa z przedmiotów: anatomji z fizjologją, higjeny ogólnej, osobistej i społecznej z uwzględnieniem higjeny szpitalnej, techniki pielęgnowania chorych, obserwowania i pielęgnowania chorych wewnętrznych, chirurgicznych, zakaźnych, dzieci, położnic i noworodków, pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, ratownictwa przeciwgazowego i pielęgniarstwa społecznego. Ostateczną oceną egzaminu jest przeciętna stopni, uzyskanych w czasie egzaminu z każdego przedmiotu, wyszczególnionego w ustępie niniejszym, ze stopnia z egzaminu praktycznego z zasad pielęgniarstwa i ze stopnia ze sprawozdania pisemnego z dyżuru obserwacyjnego. Przy ocenie ostatecznej powinny być brane pod uwagę również postępy uczennic w ciągu pobytu w szkole. Jako skalę oceny należy przyjąć: 5 — b. dobry, 4 — dobry, 3 — dostateczny, 2 — niedostateczny. Gdy ostateczna ocena wypadła dostatecznie, lecz zdająca otrzymała z poszczególnego przedmiotu lub przedmiotów stopień niedostateczny, egzamin z tego przemiotu czy przedmiotów powinien być powtórzony w terminie, wyznaczonym przez komisję. Gdy ostateczna ocena wypadła niedostatecznie lub gdy stopień z egzaminu praktycznego z zasad pielęgniarstwa był niedostateczny, zdająca może

powtórzyć egzamin cały dopiero po upływie pół roku. Regulamin egzaminu końcowego powinien dać całej komisji możność sprawdzenia przygotowania uczennic w zakresie programu szkoły.

(4) Do egzaminu końcowego mogą być dopuszczone uczennice, które ukończyły całkowity kurs szkoły pielęgniarstwa; w drodze wyjątku do egzaminu mogą być też dopuszczone uczennice, które spowodu choroby lub innych usprawiedliwionych przyczyn nie zdążyły przejść w czasie przepisanym całkowitej praktyki, lecz którym do ukończenia szkoły pozostaje nie więcej, niż 3 miesiące praktyki — pod warunkiem odbycia jej po egzaminie. Dyplomy z ukończenia szkoły będą im wydane dopiero po ukończeniu całkowitej pratkyki. O ileby w czasie odbywania tej praktyki uczennice popełniły ważne wykroczenia regulaminowe lub czyny, nielicujące z etyką pielęgniarską, szkoła pielęgniarstwa może im nie wydać dyplomu z ukończenia szkoły. Decyzja ta wymaga zatwierdzenia Ministra Opieki Społecznej.

§ 10. (1) Szkoły pielęgniarstwa z programem, zatwierdzonym na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich obowiązane są przystosować się do postanowień ustawy i rozporządzenia o pielęgniarstwie w terminie 6-miesięcznym od wejścia w życie rozporządzenia niniejszego. Uczennice, przyjęte do szkoły przed wejściem w życie ustawy o pielęgniarstwie, mogą kończyć szkołę w terminie i na warunkach, przewidzianych przez statut i regulaminy szkoły, obowiązujące w chwili przyjęcia ich do szkoły. Czas pobytu uczennic w szkole winien być uwidoczniony na dyplomie.

(2) Szkoły pielęgniarstwa, których program nie został zatwierdzony na podstawie § 3 rozporządzenia, wymienionego w ust. (1) i zawodowe kursy pielęgniarskie z chwilą wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie mogą przyjmować nowych uczennic i zostaną zamknięte po ukończeniu kursu przez wszystkie uczennice. Uczennice tych szkół i kursów mogą uzyskać uprawnienia do wykonywania praktyki pielęgniarskiej po ukończeniu nauki na podstawie art. 20 i §§ 12 i 13.

(3) Szkoły pielęgniarstwa z programem nie zatwierdzonym i zawodowe kursy pielęgniarstwa obowiązane są zgłosić do Ministerstwa Opieki Społecznej w ciągu dwóch tygodni od wejścia w życie rozporządzenia niniejszego listę uczennic z datami ich przyjęcia do szkoły lub na kurs.

§ 11. Szkoły pielęgniarstwa obowiązane są przesyłać do Ministerstwa Opieki Społecznej sprawozdania roczne według wzorów, które ustalone zostaną w drodze instrukcji, oraz spisy personelu szkoły i wykładowców wraz z podaniem ich kwalifikacyj. Ponadto szkoły pielęgniarstwa obowiązane są do przysyłania wykazów aksolwentek.

§ 12. (1) Komisje do egzaminów pielęgniarskich na zasadzie art. 20 w składzie 1 lekarza i 2 pielęgniarek wyznacza Minister Opieki Społecznej.

(2) Egzaminy mogą odbywać się w szpitalu lub w szkole pielęgniarstwa. Zabiegi winny być wykonywane na chorych lub osobach umówionych.

(3) Egzamin pielęgniarski składa się z 3-ch części: z egzaminu pisemnego, ustnego i egzaminu z praktyki pielęgniarskiej. Program egzaminu zawiera załącznik Nr 1.

(4) Podania o dopuszczenie do egzaminu należy składać w urzędzie wojewódzkim w terminie rocznym od wejścia w życie rozporządzenia niniejszego. Do podania należy dołączyć metrykę urodzenia, świadectwo obywatelstwa, świadectwa z kursów pielęgniarskich, świadectwa z pracy zawodowej pielęgniarskiej, lekarskie świadectwo stanu zdrowia, dwie fotografje, z których jedna ze stwierdzoną tożsamością.

(5) Świadectwa z pracy zawodowej winny być wystawiane przez lekarza naczelnego instytucji, w której pielęgniarka pracowała, lub, o ile na czele instytucji stoi nie lekarz, przez bezpośredniego jej przełożonego lekarza. Świadectwa z pracy w pielęgniarstwie prywatnem powinny być również wystawiane przez lekarzy, pod których opieką znajdowali się chorzy, pielęgnowani przez pielęgniarkę.

(6) Egzaminy będą się odbywały przynajmniej 2 razy do roku. O miejscu egzaminu i jego ścisłym terminie pielęgniarki będą powiadamiane indywidualnie przez właściwy urząd wojewódzki przynajmniej na dwa miesiące przed terminem egzaminu. Opłata egzaminacyjna wynosi 20 złotych i winna być wpłacona do urzędu wojewódzkiego na miesiąc przed terminem egzaminu. Egzamin może być na umotywowaną prośbę pielęgniarki przełożony na inny termin; w tym wypadku nie pobiera się nowej opłaty. W razie niezdania egzaminu można go powtórzyć raz jeden, nie wcześniej, niż po

upływie pół roku; opłata egzaminacyjna powinna być wówczas uiszczona powtórnie. Osoby, które powinny przejść obowiązujące przeszkolenie, mogą być dopuszczone do egzaminu przy urzędzie wojewódzkim, na którego terenie przechodziły obowiązujące je przeszkolenie.

(7) Szczegółowe przepisy o sposobie urzędowania komisji egzaminacyjnej, sposobie egzaminowania, ocenie wyników egzaminów i wynagrodzenia osób, wchodzących w skład komisji, oraz pokrycia kosztów egzaminacyjnych, określi instrukcja, wydana przez Ministra Opieki Społecznej.

§ 13. (1) Do kursów pielęgniarskich, przewidzianych w art. 20 ust. (3) lit. d, zalicza się: szkoła pielęgniarstwa przy szpitalu św. Rocha w Warszawie, szkoła pielęgniarstwa dziecięcego T-wa Przyjaciół Dzieci w Warszawie, kursy dla sióstr zakonnych w Warszawie, urządzane przez Zarząd Miejski w m. st. Warszawie, szkoła pielęgniarstwa przy szpitalu powszechnym we Lwowie, szkoła pielęgniarstwa T-wa Ochrony Zdrowia w Wilnie, kursy pielęgniarstwa przy szpitalach psychjatrycznych, kursy pielęgnowania dzieci, Marji Przewłockiej w Wilnie, kursy dokształcające przy Domu Macierzystym P.C.K. w Warszawie, kursy dla pielęgniarek żłóbków i stacyj opieki nad matką i dzieckiem. kursy dla pielęgniarek przychodni przeciwgruźliczych, kurs dla higjenistek wiejskich przy Państwowej Szkole Higjeny, szkoła pielęgniarek niemowlęcych domowych we Lwowie, kurs dla pielęgniarek niemowląt przy szpitalu miejskim w Katowicach, 8-tygodniowe kursy sanitarne w 1920 r. na Górnym Śląsku.

(2) Kursy Pogotowia Sanitarnego P. C. K. będą zaliczane, jako kurs jednomiesięczny, a 2-miesięczna praktyka, obowiązująca słuchaczki po ukończeniu kursu, jako dwa miesiące pracy zawodowej.

(3) Ukończenie szkoły położnych zaliczane będzie, jako równowartość 6-miesięcznego kursu pielęgniarskiego.

§ 14. (1) Osoby, które wykażą się 4-letnią pracą zawodową pielęgniarską, obowiązane są przed przystąpieniem do egzaminu przejść 2-miesięczny kurs uzupełniający według programu, określonego w załączniku Nr. 2. Kierowniczka i instruktorki kursu muszą mieć ukończoną 2-letnią szkołę pielęgniarstwa z programem, zatwierdzonym na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich.

(2) Osoby, znajdujące się w postulacie i nowicjacie, oraz siostry zakonne, nie mające wymaganych przepisowych 4-ch lat pracy zawodowej, a zgłoszone w ciągu trzech miesięcy od wejścia w życie ustawy o pielęgniarstwie, obowiązane są przed przystąpieniem do egzaminu pielęgniarskiego: uzupełnić wykształcenie ogólne do zakresu 4-ch klas szkoły powszechnej i przejść kurs conajmniej 1½-roczny według programu w załączniku Nr. 3. Kierowniczką kursu i instruktorkami mogą być tylko pielęgniarki, posiadające kwalifikacje, wymienione w ust. (1).

(3) Kierowniczki kursów, wymienionych w ust. (1) i (2), winny zawiadomić wojewódzką władzę administracji ogólnej o miejscu i terminie rozpoczęcia kursu.

§ 15. Osobom, które mają kwalifikacje do dopuszczenia ich do egzaminu pielęgniarskiego w myśl art. 20, wojewódzka władza administracji ogólnej wyda tymczasowe zaświadczenie rejestracyjne z ważnością do dnia 1 stycznia 1939 r.

§ 16. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej: **Wł. Jaszczołt.**

Załączniki do rozp. Min. Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1936 r. (poz. 229):

Załącznik Nr. 1.

Program egzaminu pisemnego i ustnego.

Elementarne wiadomości z fizjologji, anatomji, higjeny osobistej człowieka, higjeny otoczenia, walki z chorobami zakaźnemi i społecznemi, pielęgnowania chorych chirurgicznych, wenwętrznych, zakaźnych i dzieci oraz niesienia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Lista zabiegów na egzamin z praktyki pielęgniarskiej.

Przygotowanie i zasłanie łóżka dla osoby dorosłej.
Zmiana bielizny pod chorym, którego można obracać.
Zmiana bielizny pod chorym, którego nie można obracać.
Zmiana koszuli.

Przenoszenie chorego z wózka na łóżko.
Przenoszenie chorego z łóżka na łóżko.
Obracanie chorego z jednego boku na drugi.
Przesuwanie chorego na brzeg łóżka.
Sadzanie chorego w łóżku, ułożenie poduszek, wałka, kółka gumowego, klosza.
Kąpiel oczyszczająca w łóżku.
Toaleta poranna i wieczorna.
Oczyszczanie jamy ustnej.
Czesanie włosów.
Mycie głowy w łóżku.
Postępowanie przy wszawicy.
Zapobieganie odleżynom.
Mierzenie i zapisywanie temperatury.
Badanie, liczenie i zapisywanie tętna.
Badanie, liczenie i zapisywanie oddechu.
Pomoc przy unieruchamianiu kończyn.
Sztuczne oddychanie.
Pobranie nalotów z gardła i nosa.
Bandażowanie: kończyn, klatki piersiowej, brzucha, głowy, ucha, oka, nosa, szczęki, sutka.
Lewatywa przeczyszczająca, odżywcza, lecznicza.
Kroplówka.
Doustne podawanie lekarstw.
Zastrzykiwanie pod skórę.
Zastrzykiwanie domięśniowe.
Inhalacja.
Kateteryzacja.
Przemywanie krocza.
Przepłókiwanie pochwy.
Kompresy rozgrzewające.
Okłady wysychające.
Okłady suche, zimne i gorące.
Naparzania.
Kataplazmy.
Bańki suche i cięte.
Łóżko pooperacyjne.
Chirurgiczne mycie rąk.
Pomoc przy opatrunku.
Czyszczenie narzędzi chirurgicznych.
Sterylizacja.
Przygotowanie i pomoc przy punkcyj: żylnej, opłucnowej, lędźwiowej, brzusznej.
Przygotowanie i pomoc przy płókaniu i sondowaniu żołądka.
Karmienie sondą.
Zmywanie alkoholem.
Kąpiel nasiadowa.
Wkładanie i zdejmowanie fartucha w izolatce.
Słanie łóżeczka dla niemowlęcia.
Kąpiel noworodka.
Zmiana pieluszek.
Karmienie niemowląt naturalne i sztuczne.
Lewatywa dla niemowląt.
Okład gorczyczny.
Pomoc przy badaniu oka i gardła.
Przemywanie oka.
Zakładanie maści do oka.
Zakraplanie oczu.
Okłady ciepłe i zimne, suche i wilgotne na oko.
Przygotowanie do badania gardła.
Przygotowanie do badania nosa.
Przygotowanie do badania ucha.
Kompres rozgrzewający na ucho.
Kompres rozgrzewający na szyję.

Załacznik Nr. 2

Program kursu 2-miesięcznego dla pielęgniarek z 4-letnią pracą zawodową.
(art. 17 i 20 ust. (3) lit. a).

Kurs składa się z dwóch okresów:

a) wykładów wraz z ćwiczeniami;
b) wykładów i praktyki.

Okres I. W ciągu pierwszych czterech tygodni odbywają się następujące wykłady i ćwiczenia:

Anatomja i fizjologja . . .	20 godz.
Higjena osobista . . .	4 „
Patologja ogólna . . .	6 „
Pielęgnowanie chorych .	20 „
Pielęgnowanie chorych, pokazy .	40 „
Choroby wewnętrzne . . .	10 „
Choroby chirurgiczne . . .	10 „
Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach	2 „
Bandażowanie z ćwiczeniami .	6 „
Choroby zakaźne	6 „
Ćwiczenia z bakterjologji . .	6 „
Ginekologja i położnictwo . .	4 „
Choroby dziecięce . . .	4 „
Odżywianie w chorobie	6 „
	148 godz.

Okres II. W drugim 4-tygodniowym okresie słuchaczki będą odbywały praktykę na oddziałach szpitalnych i zwiedzały instytucje społeczne, zaś w godzinach popołudniowych odbędą się następujące wykłady:

Choroby oczu, nosa, gardła i uszu	6 godz.
Choroby skórne i weneryczne .	2 „
Higjena ogólna i społeczna . .	12 „
Ustawodawstwo sanitarne i społeczne organizacja opieki społecznej	4 „
Historja pielęgniarstwa .	2 „
Etyka pielęgniarstwa . . .	2 „
Nauka o Polsce	6 „
	34 godz.

Praktyka: w I tygodniu na oddziale wewnętrznym i laboratorjum,
w II tygodniu na oddziale chirurgicznym i w pokoju opatrunkowym,
w III tygodniu w poradni dla matki i dziecka,
w IV tygodniu w poradni przeciwgruźliczej i przeciwjagliczej.

Załącznik Nr. 3.

Program kursu 18-miesięcznego dla sióstr zakonnych (art. 20 ust. (4).

I. Teorja — 3 miesiące.

Wykłady i ćwiczenia:

Anatomja i fizjologja . . .	50 godz.
Chemja	10 „
Pielęgniarstwo . . .	130 „
Higjena osobista . . .	10 „
Gotowanie	14 „
Patologja ogólna	10 „
Lekarstwa	10 „
Bakterjologja	10 „
Choroby wewnętrzne . . .	20 „
Dietetyka	14 „

Bandażowanie	15	godz.
Etyka pielęgniarska . . .	10	„
Historja pielęgniarstwa . .	6	„
Nauka o Polsce	20	„
	320	godz.

po 4 — 5 godzin dziennie.

II. Praktyka na oddziale wewnętrznym i laboratorjum — 3 miesiące. W czasie praktyki w godzinach popołudniowych lub wieczornych przerabianie materjału z I teorji dwa razy tygodniowo po 1 — 2 godziny.

III. Teorja — 1½ miesiąca.

Wykłady i ćwiczenia:

Chirurgja i ortopedja . . .	25	godz.
Pomoc doraźna w nagłych wypadkach	8	„
Masaż leczniczy	15	„
Bandażowanie	10	„
Pielęgnowanie chorych chirurg. .	20	„
Farmakologja	14	„
Choroby zakaźne . . .	10	„
Pielęgnowanie w chorobach zak.	15	„
Choroby dziecięce . . .	15	„
Ginekologja i położnictwo . .	13	„
Pielęgnowanie dzieci i położnic .	20	„
Fizykoterapja	10	„
Psychologja chorego i dziecka .	10	„
	185	godz.

po 5 godz. dziennie.

IV. Praktyka na oddziale:

chirurgicznym	3½	mies.
dziecięcym	1	„
kobiecym	1	„
zakaźnym	1	„
w fizykoterapji . . .	1	„

W godzinach popołudniowych lub wieczornych omawianie poszczególnych chorych dwa razy tygodniowo po 1 — 2 godziny.

V. Teorja — 1 miesiąc.

Wykłady i ćwiczenia:

Choroby skórne i weneryczne .	8	godz.
Choroby nerwowe i umysłowe .	16	„
Choroby oczu	5	„
Choroby nosa, gardła i uszu .	8	„
Pielęgnowanie w pow. chorobach	10	„
Administracja szpitalna . .	5	„
Obrona przeciwgazowa . .	12	„
Higjena społeczna	16	„
Ustawodawstwo i opieka społeczna	6	„
	86	godz.

po 4 godz. dziennie.

VI. Praktyka — 1 miesiąc w ośrodku zdrowia, 2 tygodnie w żłóbku i kuchni mlecznej.

Razem 600 godzin wykładów i ćwiczeń i 12 miesięcy praktyki.

W ciągu kursu siostry będą miały 2 tygodnie wakacyj.

Z żałobnej karty

Ś. P. MARJA CONCETTA Z CHLUDZIŃSKICH JÓZEFOWICZOWA

Zmarłą 15-go kwietnia 1936 roku ś. p. Marję Józefowiczową pamiętają absolwentki pierwszych roczników Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, jako instruktorkę, pełną zapału, zaparcia się siebie i niezmiernej dobroci dla chorych. Pamiętają Ją następnie słuchaczki kursów Czerwonego Krzyża w Warszawie, już chorą, wchodzącą na salę przy pomocy dwu osób, a jednak wykładami swemi budzącą żywe zainteresowanie.

Niechże się cały świat pielęgniarski dowie, jaką bohaterką była ta cicha pracownica, zgasła zaledwie w 40 roku życia, po kilku latach cierpień znoszonych z poddaniem się woli Bożej, z cierpliwością i mocą. Choroba Jej spowodowana była kontuzją, odniesioną na froncie wojennym.

P. Marja Gromanowa kreśli w *Kurjerze Warszawskim* z dnia 23 kwietnia 1936 r. wspomnienie o Zmarłej, którego wyjątki, jako wiernie oddające Jej bohaterskie zasługi, poniżej cytujemy:

„Droga wielkich czynów i poświęceń Marji Concetty zaczęła się z chwilą wybuchu wojny światowej. Pochodząc ze starej ziemiańskiej rodziny na Białej Rusi, bawiła chwilowo w 1914 r. u babki Swej margrabiny Paulucci w Wenecji.

Niezwykle zdolna i czynna, przed wojną jeszcze ukończyła wyższe kursa sanitarne, a z jej wybuchem, nie mogąc wrócić do kraju, jako sanitarjuszka Czerwonego Krzyża włoskiego, udaje się na front i tam pracuje z zapałem, niezwykłą odwagą i poświęceniem. Gdy granat pada na szpital i budynek staje w ogniu, a załoga sanitarna pierzcha w popłochu, Marja Concetta na własnych barkach wynosi z płomieni ciężej chorych i rannych, nie pozostawiając ani jednego. Po pamiętnej bitwie nad Isonzą, gdy oba nieprzyjacielskie fronty się cofnęły, na strasznem pobojowisku zostaje jedynie kapelan i sanitarjuszka Marja Concetta. Sama ranna od wybuchu szrapnela, rozpina namiot, znosi rannych, grzebie umarłych, a nocami skrada się do pobliskich opuszczonych osiedli w poszukiwaniu resztek pożywienia dla Swoich chorych. Po dziesięciu dniach tego Jej bohaterskiego trwania na posterunku, oddział austrjacki, znajdując Ją samą na pobojowisku, (mimo konwencji genewskiej) aresztuje pod zarzutem szpiegostwa i umieszcza w podziemnych kazamatach twierdzy w Lublanie. Tam Marja Concetta przechodzi tyfus i pozostaje długie miesiące w ciemnej celi, dniem i nocą przez wartę strzeżona. Za interwencją Nuncjusza w Wiedniu i króla hiszpańskiego, zostaje pozornie zwolniona z ciężkiego więzienia, lecz niebawem austrjackie władze przenoszą Ją do obozu koncentracyjnego w Choćni, gdzie liczni jeńcy mrą śmiercią głodową. Ukrywana tam przed międzynarodowemi komisjami, zwiedzającemi obozy jeńców, Marja Concetta głoduje do ostatecznego wycieńczenia, aż wreszcie, odnaleziona przez Czerwony Krzyż amerykański, zostaje przewieziona do Wenecji i zasypana tam kwiatami przez czekające na Nią tłumy, które już wiedzą o licznych bohaterstwach tej Polki - siostry Czerwonego Krzyża, których tu niepodobna wszystkich wyliczać. Otrzymuje Marja Concetta wiele odznaczeń, a między niemi pierwsza jako kobieta wojenny medal włoski: *„Medaglia d'argento al valore“* oraz najwyższą międzynarodową odznakę dla pielęgniarek *„Florence Nightingale"*, którą jedna z pierwszych w czasie wojny otrzymuje.

Ale Marja Concetta czuje się przedewszystkiem Polką i natychmiast po powstaniu Polski wraca do wolnej Ojczyzny, którą wkrótce czeka wojna z bolszewikami. Z podwójnym zapałem, jako sanitarjuszka, udaje się na front, aby nieść, już tym razem pomoc żołnierzowi polskiemu, oraz walczyć z epidemją tyfusu na Wołyniu; tu znowu daje dowody nadludzkiego nieraz samozaparcia.

Z nastaniem pokoju, zostaje Marja Concetta wydelegowana z Polski do Londynu na roczny międzynarodowy kurs dla pielęgniarek, w którym biorą udział delegatki kilkunastu narodowości; wyróżnia się tam Swemi niezwykłemi zdolnościami i najlepiej ze wszystkich uczestniczek składa egzamina. Była z tego dumna, lecz, jak mi sama mówiła — jedynie dlatego, że Ją jako przedstawicielkę Polski ten zaszczyt spotkał. Zdobytą wiedzę wykorzystuje dla Polski, organizując w Krakowie z pomocą Czerwonego Krzyża amerykańskiego roczne kursa dla pielęgniarek".

W roku 1922 przybywa do Warszawy, gdzie obejmuje instruktorstwo w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.

Poeta włoski d'Annunzio pisze w r. 1917 w liście otwartym do bohaterki wojennej, wracającej do Wenecji z austrjackiego więzienia słowa, które niechaj pozostaną w naszych sercach:

„Niosłaś Twoje bohaterstwo, jak się nosi kwiat, z tą samą prostotą i niedbałym wdziękiem, byłaś bohaterką, którą pochwały dziwią i która nie dawała poznać Swojej chwały. Przypomniałaś owe Błogosławione, które, by stąpać po drogach życia, porzucają aureolę . . .

Ja i moi towarzysze z pierwszej eskadry morskiej schylamy kornie kolana przed wielką, dzielną, małą siostrzyczką".

Ś. P. MAŁGORZATA MYSŁAKOWSKA

Miejska Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem we Lwowie, ul. Chorążczyzny 22, przesyła nam poniższe wspomnienie:

Odprowadziliśmy w ubiegłym miesiącu na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki ś. p. Małgorzaty Mysłakowskiej.

Zmarła była opiekunką Zdrowia Miejskiej Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. Wyszkolenie pielęgniarskie ukończyła w Wiener Neustadt w 1915 r., całą wojnę pracowała w szpitalach wojskowych, w r. 1919 powołana przez Prof. Dr Emila Godlewskiego, zorganizowała i prowadziła Sanatorjum K. B. K. dla gruźliczych dzieci. Z powodów rodzinnych przeniósłszy się do Lwowa, od r. 1925 zajmowała stanowisko opiekunki zdrowia w tutejszej Stacji Opieki.

I tak całe Swoje życie, przedwcześnie nieubłaganą śmiercią przerwane, oddała w ofierze bliźnim. Opiekunką była w całem tego słowa znaczeniu, bo opieka Jej nie ograniczała się do niemowlęcia i jego matki, co jest programem Stacji Opieki. Jej szerokie serce ogarniało całe rodziny: ich troski były Jej troskami, ich smutki Jej smutkiem, a zaspokojenie ich potrzeb, celem Jej wytężonych starań. Z natury cicha i skromna potrafiła przemóc wrodzoną nieśmiałość, by zabiegać o posadę dla ojca rodziny, o pracę dla matki, o pożywienie dla zgłodniałych i odzież dla biednych.

Wysoka Jej kultura i nieoceniona dobroć, umiały podnosić na duchu najbardziej upadłych, poprawić życie najbardziej zobojętniałych i niedbałych. Największem Jej zmartwieniem była niemożność przyjścia ludziom z taką pomocą, jakiej zawsze pragnęła.

Czem zaś była dla matek, tego dowodem samorzutna zbiórka na wieniec Zmarłej, zbiórka, w której uczestniczyły nawet najbiedniejsze, często bezdomne, oraz tłumny udział ojców i matek w złożeniu Jej ostatniej posługi. Jej nigdy niestygnący zapał do pracy udzielał się Jej otoczeniu. Jej wysoka wiedza fachowa, Jej wyrozumiałość, zdobywały Jej bezwzględne zaufanie i miłość szkolonych przez Nią uczennic. Współpracowniczki tracą z Jej odejściem nieocenioną przyjaciółkę, doradczynię i towarzyszkę. Niech Jej świetlana postać będzie wzorem dla wszystkich pielęgniarek i pracownic społecznych!

Przymusowe szczepienia przeciwbłonicze

Rozporządzenie Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1936 r. (Dziennik Urzędowy Min. Op. Społ. Nr. 7, 1936) wprowadza obowiązek szczepienia ochronnego przeciw błonicy, którego przeprowadzenie zarządza wojewódzka władza administracji ogólnej. Przymus obejmuje wszystkie dzieci do lat 10 i powyżej lat 10 do 15 w przypadku epidemji błonicy. Szczepienia są bezpłatne.

Okólnik Ministerstwa normuje ogólne zasady oraz technikę szczepień. Ponieważ z pewnością pielęgniarki niejednokrotnie pomagać będą przy szczepieniach personelowi lekarskiemu, przeto podajemy poniżej ustęp okólnika, omawiający technikę szczepień.

Technika szczepień

1. Do szczepień należy używać przedewszystkiem szczepionki (anatoksyny) błoniczej wyrobu Państwowego Zakładu Higjeny lub innych wytwórni, których preparaty dopuszczone są do obrotu.

Szczepienie powinno być dokonane ściśle według przepisów, dołączonych do szczepionki. Każde szczepienie obejmuje dwa zabiegi, przeprowadzone w odstępie przynajmniej czternastodniowym.

Szczepienie powinno być dokonane podskórnie na połowie wysokości powierzchni przedniej uda, lub bocznej ramienia tak, jak się stosuje zwykły zastrzyk podskórny. Zastrzyk szczepionki przeciwbłoniczej musi być jednak nieco głębszy, gdyż zbyt powierzchowne wstrzyknięcie tuż pod skórę powoduje większy ból oraz często znaczniejszy obrzęk.

Skórę w miejscu, przeznaczonem do zastrzyku, należy zajodynować 5% rozczynem jodyny na powierzchni około 5 cm². Po zastrzyku na miejsce ukłócia należy nałożyć mały kawałek wyjałowionej waty.

Do masowych szczepień przeciwbłoniczych używa się szczepionki we flaszkach, pojemności 25 lub 50 cm³ z gumowemi kapturkami, których nie należy zdejmować; celem nabrania szczepionki do strzykawki należy gumowy kapturek, po uprzedniem należytem wytarciu go spirytusem, przekłuć wygotowaną igłą, osadzoną na strzykawce.

Do szczepień masowych najlepiej używać igły platynowej średniej grubości, która wystarczy wygotować raz jeden, a następnie przed każdym nowym zastrzykiem przepalić ją w płomieniu lampki spirytusowej. W ten sposób, nie zdejmując igły ze strzykawki, można jej używać przez kilka godzin.

Po przepaleniu platynowej igły do czerwoności, należy zestrzykiwać kilka kropel szczepionki, gdyż w ten sposób igła prędzej ostyga.

Można również używać zwykłych igieł, należy jednak mieć ich większy zapas, a po każdym zastrzyku igłę należy zmienić i ponownie gotować.

2. Reakcja poszczepienna miejscowa i ogólna występuje przeciętnie w 10 — 20% i zależna jest li tylko od nieswoistych składników, zawartych w szczepionce. Reakcja

ogólna występuje w postaci podniesienia ciepłoty, reakcja zaś miejscowa w postaci zaczerwienienia i obrzęku mniej lub więcej rozległego w miejscu zastrzyku. Reakcja ta przechodzi po kilku dniach bez śladu i dziecko powraca do normy. Im dziecko jest starsze, tem reakcja jest silniejsza, zaś u dzieci najmłodszych (1 — 4 lat) wcale nie występuje. Należy również pamiętać o tem, że dzieci szczepione mogą przecież chorować na rozmaite choroby tak samo, jak i dzieci nieszczepione. Lekarze powinni więc zawsze krytycznie analizować zażalenia co do zachorowań poszczepiennych. W razie wystąpienia obrzęku okolicy szczepienia, należy zalecić okład z wody Burowa.

3. Przeciwskazaniami do szczepienia są: gruźlica, podniesienie ciepłoty, rekonwalescencja, choroby nerek oraz skórne wypryski.

4. Wkońcu zaznacza się, że przy dokonywaniu dobrowolnych szczepień skojarzonych, t. j. szczepień przeciw błonicy równocześnie ze szczepieniem ospy, mogą być zaszczepione nawet dzieci młodsze, t. j. od 6 miesięcy począwszy.

Przy dokonywaniu tych szczepień szczepi się ospę na jednem ramieniu, zaś błonicę na drugiem ramieniu, względnie na udzie.

Szczepienia skojarzone nie wywołują żadnych ujemnych skutków, gdyż reakcja po szczepieniu błoniczem, o ile wogóle wystąpi, to tylko w ciągu najbliższych 48 godzin; natomiast ospa przyjmuje się najczęściej dopiero 4 — 5 dnia. Reakcja po szczepieniu błoniczem nie ma żadnego związku z tem, czy ospa „przyjęła się“, czy też nie, gdyż reakcja ta zależna jest tylko od indywidualnej wrażliwości organizmu dziecięcego oraz od wieku dziecka.

W przypadkach szczepień skojarzonych, obowiązek zgłaszania dzieci po dokonanem szczepieniu ospy celem sprawdzenia wyniku tego szczepienia należy wykorzystać, celem dokonania powtórnego szczepienia błonicy, wyznaczając przy pierwszem szczepieniu termin zgłoszenia się ponownego 14-dniowy, konieczny dla dokonania drugiego szczepienia błonicy.

Varia

LECZENIE ROPNI MÓZGU

Doc. dr. St. Nowicki, (Polski Przegląd Chir., Tom XIV, zeszyt 6)

Metoda szerokiego otwarcia czaszki, przecięcia ropnia i sączkowania, daje możność wyleczenia ropni, usadowionych powierzchownie na korze mózgowej najczęściej spotykanych w następstwie urazów czaszki. Lecz im większy otwór w czaszce, tem łatwiej następuje wypadnięcie mózgu, wielkość trepanacji niema natomiast wpływu na zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego. Odpływ ropy w ropniach korowych można zapewnić przez cienki sączek gumowy. Inne sposoby sączkowania, zbyt częsta zmiana opatrunków i zbyt częste przepłukiwania są szkodliwe. Im więcej spokoju, tem lepiej.

Jeżeli ropnie usadowione są w głębszych warstwach mózgu, otwarcie czaszki i stałe sączkowanie zawodzi.

Najczęściej ropnie wywołane są gronkowcem złocistym. W postaciach tych w ciągu pierwszych trzech dni stwierdza się tylko rozlany obrzęk. Pojawia się zapalenie opon mózgowych, ze wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego i występują objawy neurologiczne. Może nastąpić zejście śmiertelne. W większości wypadków na 3, 4 dzień od początku zakażenia rozległy obrzęk ustępuje, ognisko zakaźne zaczyna się ograniczać i powyższe objawy ustępują. Między 10 — 14 dniem wytwarza się około ropnia, odgraniczonego od zdrowej tkanki, błona łączno tkankowa. Ropień może wygoić się samoistnie. Przed ograniczeniem

się sprawy zakaźnej i w okresie obrzęku, zabieg chirurgiczny jest bezcelowy; stosuje się tylko leczenie objawowe i los chorych wtedy zależny jest od siły zakażenia.

Dopiero, gdy ropień został ograniczony, i umiejscowienie jego zostaje wykryte, można przystąpić do zabiegu chirurgicznego. Metoda Dandy'ego polega na nakłuciu i opróżnieniu ropnia. Po przecięciu skóry wierci on świdrem mały otwór w kości, nacina oponę i wprowadza do mózgu tępą igłę. Jamę ropnia opróżnia zupełnie zapomocą strzykawki. Utrzymująca się wysoka gorączka i objawy wysokiego ciśnienia śródczaszkowego, każą myśleć o obecności drugiego ropnia; ropnie mnogie zdarzają się niemal w połowie przypadków ropni w mózgu. Wówczas Dandy rozszerza otwór w kości i w oponie do rozmiarów palca wskazującego i palcem, wprowadzonym do jamy poprzednio nakłutego ropnia, wyczuwa wypukloną ścianę sąsiedniego ropnia, przebija palcem otoczkę ropnia i wypuszcza ropę.

Doc. dr. Nowicki opisuje leczony przez siebie przypadek w klinice Chirurgicznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie: Chory T. T., lat 25 został uderzony bagnetem w okolicę ciemieniową lewą z końcem 1933 r. Po wypadku, był zaraz operowany, nie dowiedzieliśmy się jednak o szczegółach tej operacji. Był nieprzytomny przez tydzień, potem miał zaburzenia mowy. W kwietniu 1934 r. miał dwukrotny napad drgawek w lewej połowie twarzy i prawej połowie ciała. Potem pojawiły się wymioty i bóle głowy. Skierowany do Kliniki Neurologicznej U. J. w 4 miesiące po wypadku. Przy przyjęciu stwierdzono w lewej okolicy ciemieniowej ubytek w kości na przestrzeni paru cm., pokryty blizną, w której była przetoka ropniakowa wolna i niewyraźna. W obu oczach obrzęk brodawki nerwu wzrokowego, prawa źrenica szersza. Zbieżność gałek ocznych była zła. Ustna gałązka nerwu twarzowego była osłabiona. Napięcie mięśniowe prawej kończyny górnej obniżone, a siła mięśniowa mniejsza. Objaw Kerniga dodatni. Na radjogramie widać było dwa niewielkie martwiaki.

Zabieg operacyjny nie wykazał powierzchownego ropnia; nakłuwanie tępą igłą napotkało w okolicy płata ciemieniowego w głębokości 4½ cm. twardy opór, który wskazywał na torebkę z odłożonemi solami wapnia, a po przekłuciu jej wypłynęło około 15 cm. ropy, bardzo gęstej. Aby nie błądzić igłą w pobliżu bocznej komory i ponieważ jedno nakłucie mogło nie być wystarczające, zostawiono lekką i cienką igłę na stałe w ropniu, umocowawszy ją w zeszytej ranie skórnej. Posiew wykazał gronkowce złociste.

Po parudniowem polepszeniu, nastąpiło pogorszenie, objawy oponowe. Ropa przestała się przez igłę wydzielać. Po czterech dniach dokonano drugiego nakłucia i wypuszczono 35 cm. ropy. Poprawa nastąpiła niewielka. W ciągu następnych trzech tygodni, nakłuwano ropień dwukrotnie, lecz wydobywano tylko po parę kropel cieczy dość przeźroczystej. W tym czasie dokonywano kilkakrotnie nakłuć lędźwiowych, po 10 — 20 cm. płynu jałowego .

W czwartym tygodniu chory przestał mówić, porażenie połowiczne objęło i kończynę dolną, nieprzytomny. Rana skóry rozeszła się częściowo, utworzyła się przepuklina wielkości jaja gołębiego. Wskutek objawów, wskazujących na inny ropień, przystąpiono do nowego zabiegu operacyjnego.

Doc. dr. Nowicki, inaczej niż Dandy, nie wprowadzał palca, uważając, że to nazbyt naraża na uraz tkankę mózgową i może spowodować rozerwanie jej i zakażenie. Wprowadził igiełkę, którą dotarł do ropnia w okolicy ciemieniowej, wydobywając 60 cm. ropy. Nastąpiła szybka poprawa, gorączka opadła, przytomność wróciła, objawy oponowe ustały, poprawiła się mowa i zmniejszył się niedowład kończyny. Nastąpiło szybkie zmniejszanie się wypadnięcia mózgowia. W 6 tygodni od ostatniego nakłucia,

pacjent opuścił klinikę wygojony, z mową powolną, z nieznacznem upośledzeniem gałązki ustnej nerwu twarzowego i słabym niedowładem prawej górnej kończyny.

Autor dochodzi do wniosku, że szerokie otwarcie czaszki i ropnia, połączone z sączkowaniem, nie dałoby tego wyniku, bo wywołałoby powiększanie się wypadnięcia mózgu ze względu na obecność drugiego ropnia, a rozpad mózgowia łatwo mógłby dotrzeć do komory bocznej, rozpad tkanki mózgowej mógłby objąć ośrodki ruchowe i doprowadzić do ich zniszczenia. Postęp sprawy zakaźnej byłby też ułatwiony. C.

OPIEKA NAD DZIECKIEM GRUŹLICZEM W WILNIE

W organie Polskiego Zw. Przeciwgruźliczego „Gruźlica" nr. 3, 1934 r. dr. Bielińska w artykule „Działalność opieki nad dzieckiem gruźliczem w społecznem zwalczaniu gruźlicy" podaje sprawozdanie z działalności Stacji Opieki nad Dzieckiem Gruźliczem w Wilnie.

Dr. Wł. Szuniewicz, obecnie misjonarz i znany organizator szpitali i lecznictwa w Chinach, pierwszy podjął myśl założenia przy Tow. Przeciwgruźliczem w Wilnie specjalnej stacji dla dzieci do lat 7-miu, bądź chorych na gruźlicę, bądź zagrożonych przez styczność z gruźlicą otwartą. Poszczególne poradnie przeciwgruźlicze kierują na stację dzieci, pozostające w styczności z gruźlicą, a Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, ambulatorja i ubezpieczalnie społeczne — dzieci z dodatnim odczynem Pirqueta. Stacja ściśle współpracuje z Poradnią Przeciwgruźliczą jeśli chodzi o badanie otoczenia pacjenta, umieszczanie chorych prątkujących w szpitalu, dzieci — na specjalnym oddziale zakaźnym szpitala miejskiego, lub też wyrabianie miejsca w prewentorjum dziennem Towarzystwa.

W Stacji odpowiednio zaopatrzonej w aparaty djagnostyczne, prowadzi się też dział leczniczy, w czem wielką pomocą jest Wileńska Ubezpieczalnia Społeczna, która wprowadziła z powrotem do lekospisu preparaty, dające dobre wyniki w leczeniu gruźlicy, nieosiągalne dla osób niezamożnych.

Koniecznem okazało się przyjście z pomocą w dożywianiu dzieci i dostarczanie im najkonieczniejszej odzieży. Z inicjatywy kierownictwa Stacji, utworzył się komitet pań, zajmujący się tym działem pracy. Z czasem koło przekształciło się w Komitet Opieki nad Dzieckiem, wchodząc, jako samodzielna placówka, do Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Komitet rozszerzył zakres pracy przez prowadzenie kolonij dla dzieci oraz całorocznego prewentorjum. W prewentorjum liczącem 40 miejsc, dzieci spędzają 8 godzin dziennie pod opieką lekarsko - pielęgniarską oraz wychowawczą.

Koszta prowadzenia Stacji i leczenia pokrywa częściowo Wileńskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, częściowo miasto, oraz Ubezpieczalnia Społeczna. Na dożywianie, kolonje, prewentorjum dostarcza funduszy w znacznej mierze miasto przez oddanie budynków oraz opłatę za żywność dla dzieci. Wileńskie kuratorjum szkolne oddało na kolonję bezinteresownie piękny budynek poza miastem, Ubezpieczalnia Społeczna opłaca za dzieci, wreszcie funduszy dostarcza Komitet Opieki nad Dzieckiem Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Dla określenia wielkiej żywotności Komitetu wystarczy zaznaczyć, iż w r. 1933 korzystało z samej kolonji letniej 100 dzieci.

Tablica cyfrowa za okres 5-cio letni wykazuje pracę w Stacji:

	1927	1928	1929	1930	1931
Przebywało w obserwacyj . .	69	186	365	519	687
Nowo przyjętych	242	258	198	347	313
Skreślono z obserwacyj . . .	43	69	34	173	520
Zmarło	13	10	10	6	6
Udzielono porad lekarskich . .	1582	2360	2106	2826	2672
Dokonano wywiadów domowych	1062	1163	1530	1335	1205
Dokonano zabiegów leczniczych	87	212	297	1659	—
Na każde dziecko porad lekars.	23	13	6	5	4
Na każde dziecko wywiad. dom.	15	6	4	2½	2

Niektóre liczby zwracają uwagę stosunkową swą rozbieżnością. I tak w 1930 r. przebywało w obserwacji Stacji 519 dzieci, w 1931 roku 687 — a więc 168 pacjentów więcej. W 1930 r. na 519 pacjentów udzielono porad lekarskich 2826, oraz dokonano zabiegów leczniczych 1659, gdy w 1931 r. porad udzielono 2672 — a więc 254 mniej wogóle przy 168 pacjentach więcej, zabiegów leczniczych nie dokonywano zupełnie. W 1930 roku na każde dziecko przypadało na rok 5 porad lekarskich, w 1931 roku już tylko 4 porady.

A jak przedstawia się praca pielęgniarska?

W 1930 roku na 519 pacjentów, wywiadów domowych było 1335, w 1931 roku przy zwyżce pacjentów o 168 zrobiono wywiadów 1205 — a więc o 130 mniej wogóle. Na 1 dziecko w 1930 roku wypadało 2½ wywiadu rocznie, w 1931 roku już tylko 2.

W związku z temi zmniejszającemi się cyframi. dr. Bielińska tłumaczy, że wywiadów jest coraz mniej, gdyż pacjentów przybywa a pielęgniarek ubywa: z powodów „oszczędnościowych“, zredukowano etat pielęgniarski. W 1929 roku pracowały 2 pielęgniarki, od 1930 roku pracuje tylko jedna.

Zdaje mi się, że zachodzi wielkie nieporozumienie co do „oszczędzania“ na pielęgniarce a wytyczną linją walki z gruźlicą, która dąży do wykrycia każdego źródła zakażenia, do uchwycenia gruźlicy w początkowym jej rozwoju i do zapobiegnięcia zakażeniu. Tymczasem, jak tu widzimy, „oszczędza się“ na etacie pielęgniarki, nie biorąc w konsekwencji pod rachubę zwiększenia się kosztów leczenia dziecka, u którego gruźlica się rozwinie, nie przewidując ilości dzieci zakażonych wskutek nie usunięcia źródła zakażenia z domu. Niejednokrotnie spotykamy się z powiedzeniem, że wywiady pielęgniarskie to już „luksusowe“ prowadzenie stacji, a na takie pozwolić sobie nie można. Te same instytucje, które oszczędzają i które na „luksus“ pielęgniarki pozwolić sobie nie mogą, pozwalają sobie jednak na „luksus“ przyjmowania pacjentów z gruźlicą rozwiniętą, pozwalają sobie na „luksus“ prowadzenia kosztownych leczeń, kolonij, prewentorjów i t. d.

Zaiste, musi być w tem wszystkiem nieporozumienie, bo praktyka zaprzecza teorji, technika walki z gruźlicą chybia jej racjonalnemu założeniu, a kalkulacja nie jest oparta na racjonalnych przesłankach.

M. St.

KRONIKA

JAKIE ZASIŁKI CHOROBOWE PRZYSŁUGUJĄ UBEZPIECZONYM?

Zasiłek chorobowy Ubezpieczalni Społecznej przysługuje pracownikowi, ubezpieczonemu za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt, poczynając od 4-go dnia niezdolności. Jeśli jednak ubezpieczony bezpośrednio przed nastaniem niezdolności był chory i leczył się przynajmniej w ciągu 3-ch dni, zasiłek chorobowy należy się od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

Zasiłek chorobowy wynosi 50% przeciętnego tygodniowego zarobku i wypłacany jest najdłużej w ciągu 26 tygodni.

Ubezpieczony, mający na utrzymaniu więcej, niż dwoje dzieci, otrzymuje dodatek do zasiłku chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku na każde dziecko, poczynając od trzeciego dnia, z tem, że zasiłek wraz z dodatkiem nie może przekraczać 65% przeciętnego zarobku tygodniowego.

Ubezpieczony, leczony w szpitalu i mający na utrzymaniu jedną lub więcej osób, zamieszkujących razem z nim, otrzymuje zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, t. j. 25% przeciętnego tygodniowego zarobku. Leczeni w szpitalu, lecz nie pobierający zasiłku domowego, otrzymują, prócz leczenia i utrzymania szpitalnego, zasiłek szpitalny w wysokości jednej piątej zasiłku chorobowego, t. j. 10% przeciętnego tygodniowego zarobku.

Ubezpieczony chory traci zasiłek chorobowy w całości lub w części, jeśli nie zastosował się do zarządzenia Ubezpieczalni o umieszczeniu go w szpitalu, przyczem utrata zasiłku może rozciągać się tylko na okres, przez który ubezpieczony nie stosował się do tegoż zarządzenia.

Prawo do zasiłku chorobowego nabywa pracownik po upływie 4-ch tygodni podlegania ubezpieczeniu. W razie zaś wypadku w zatrudnieniu lub zapadnięciu na chorobę ostrą lub zakaźną, ubezpieczony ma prawo do zasiłku bez względu na to, jak długo przedtem był zatrudniony lub ubezpieczony.

Ubezpieczeni nie mają prawa do zasiłku chorobowego w okresie, w którym w myśl przepisów prawnych przysługuje im prawo do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy.

DODATKI DLA DZIECI ROBOTNIKÓW I RENTY SIEROCE W UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM

Ubezpieczeni pracownicy umysłowi i robotnicy korzystający z zasiłku chorobowego i mający na utrzymaniu więcej, niż dwoje dzieci, otrzymują dodatki do zasiłku chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku na każde dziecko, poczynając od trzeciego z tem, że zasiłek wraz z dodatkiem nie może przekraczać 65% tygodniowego przeciętnego zarobku.

Robotnik, otrzymujący rentę inwalidzką, starczą lub wypadkową, (jeśli utracił conajmniej 66 i $^{2}/_{3}$% zdolności do zarobkowania), ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości $^{1}/_{10}$ części renty.

Prawo do renty sierocej poinwalidzkiej powstaje z dniem śmierci osoby, po której renta ta przysługuje, dla sierot zaś, które przyszły na świat po śmierci tej osoby, z dniem ich urodzenia. Renta sieroca poinwalidzka wynosi $^{1}/_{5}$ renty, którą pobierał lub do której miałby prawo zmarły. Jeżeli sieroty nie mają ani ojca ani matki, sumę rent sierocych podwyższa się o 15%.

Renta sieroca wypadkowa wynosi również 20%, a dla sieroty bez ojca i matki: 25 procent zarobku miesięcznego, według którego ubezpieczony miał prawo do renty.

Renta sieroca poinwalidzka lub renta sieroca wypadkowa należy się sierotom - chłopcom do 17-go, a dziewczętom do 18-go roku życia. Sierotom niezdolnym do zarobkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej należą się renty również po przekroczeniu tego wieku przez cały czas trwania tej niezdolności, pod warunkiem jednak, że niezdolność ta zaistniała przed osiągnięciem 17-go, względnie 18-go roku życia. Dla sierot, które kształcą się w szkołach publicznych lub posiadających prawo publiczności, przedłuża się pobieranie renty do 21 roku życia, a jeśli sierota kształci się w szkołach wyższych — do 24 roku życia.

Dzieci nieślubne mają w stosunku do matki te samo prawa do renty, jakie przysługują dzieciom ślubnym, w stosunku zaś do ojca naturalnego tylko w tym wypadku, jeżeli ojcostwo zostało już za życia ojca sądownie ustalone, albo w wypadku, gdy ojcostwo zostało pozasądownie uznane i ubezpieczony łożył na utrzymanie dziecka.

Z POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO

W niedzielę, dnia 29 marca 1936 r. odbyło się w gmachu Polskiego Towarzystwa Higjenicznego doroczne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Udział w Zebraniu wzięło 40 przedstawicieli 98 Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego kraju. Do Prezydjum Zebrania zaproszono p. Dr. Józefa Batkę, Prezesa Tow. Przeciwgruźliczego w Chrzanowie jako Przewodniczącego i Dr. Stanisława Karasińskiego, Sekretarza Krakowskiego Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego — jako Sekretarza. Walne Zebranie przyjęło do wiadomości sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dyrektora Dr. J. Adamskiego oraz udzieliło Zarządowi absolutorjum za rok 1934/35. Przedmiotem obrad Walnego Zebrania były głównie sprawy, dotyczące przygotowywanej Ustawy Przeciwgruźliczej, oraz sprawy koordynacji pracy wszystkich czynników zainteresowanych w walce z gruźlicą, ze szczególnem uwzględnieniem udziału Ubezpieczalni Społecznych i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wiele uwagi poświęcono również akcji zapobiegawczej przeciwgruźliczej wśród nauczycielstwa i młodzieży szkolnej. Uchwalone w tym względzie wnioski zostaną przedłożone odnośnym czynnikom miarodajnym. Na Zebraniu uchwalono budżet Związku na rok 1936/37 oraz dokonano uzupełnienia wyborów do Zarządu P. Z. P.

DOM LUDOWY W CICHÓWKU

W Cichówku pow. ciechanowskiego otwarty został Dom Ludowy, wzniesiony dzięki inicjatywie, oraz poparciu finansowem pp. drostwa W. i M. Kacprzaków, jako ośrodek kultury wsi. Dr. M. Kacprzak zorganizował w nim tygodniowy kurs higjeny dla Kół Gospodyń Wiejskich. Uczestniczkami kursu były delegatki kół z okolicznych wsi, oraz mieszkanki Cichówka. Zainteresowanie kursem było wielkie, zwłaszcza, że jednocześnie urządzono wystawę, propagującą praktyczne sposoby urządzeń domowych, gospodarskich, higjenę, zapobieganie chorobom zakaźnym i t. d. Podczas kursu odbywały się wieczorki dla zapoznania uczestników z organizacją świetlic i kulturalnemi rozrywkami.

ODDZIAŁ DLA PSYCHO - NERWOWYCH DZIECI W SZPITALU W CHEŁMIE LUBELSKIM

Z końcem grudnia 1935 r. otwarty został przy Szpitalu Psychjatrycznym w Chełmie Lubelskim Oddział leczniczo - wychowawczy dla psycho-nerwowych dzieci od lat 3 — 14, płci obojga. Leczenie polega na stosowaniu indywidualnie dobieranych zabiegów leczniczych i metod pedagogicznych. Dzieci, oddane do zakładu, nie tracą czasu nauki, gdyż wyspecjalizowani pedagogowie prowadzą oddziały szkolne. Organizacja ta pozwala na dłuższy pobyt dzieci w szpitalu, co prowadzić będzie do wychowania dzieci na wartościowych członków społeczeństwa. Opłata dzienna wynosi dla dzieci województwa lubelskiego 3.50 zł., dla dzieci z innych województw — 4 zł.

NIEHIGJENICZNE WARSZTATY PRACY

W Suchocinie w pow. płońskim, osadzie, liczącej 2.000 mieszkańców, w zastraszający sposób szerzy się gruźlica, mimo zdrowem, dzięki lasom sosnowym położeniu miasteczka. Przypisują to jedenastu fabryczkom guzików, wyrabianych z masy perłowej, dostarczanej całemi wagonami z Anglji. Praca zaczyna się zazwyczaj w jesieni, trwa całą zimę i część wiosny. W fabryczkach niema odpowiedniej wentylacji, wody do mycia, ustępów, spluwaczek, w niektórych nawet — podłóg, zamiast których są klepiska. Robotnicy nie posiadają oczywiście żadnej specjalnej odzieży, okularów i t. d. Brud, zaduch, pył z opiłowywanych muszli są przerażające. Ten stan rzeczy, jak i fakt, że ludność w fabryczkach pracuje masowo, świadczą zarówno o wyzysku ze strony pracodawców, jak i o nędzy pracowników, godzących się na zarobkowanie w tak strasznych warunkach.

CZYRACZNOŚĆ U ŻOŁNIERZY

Na podstawie wykazów chorych, leczonych w różnych garnizonowych szpitalach wojskowych, wszczęto badania nad przyczyną wielkiej czyraczności wśród żołnierzy. Specjalnie zainteresował się tą sprawą dr. mjr. Krzywiec z Grodna.

Po przeprowadzeniu badań warunków higjenicznych, mieszkaniowych oraz wywiadów z chorymi i t. d., poszukiwania swe skierował w kierunku odżywiania żołnierzy. Pod względem kalorycznym, pokrycie jest tu zupełnie dostateczne, natomiast na podstawie badań jadłospisu i sposobu przyrządzania koszarowego, dr. Krzywiec dowodzi, że nie dostarcza się żołnierzom witamin „B" i „C", co może powodować powstawanie czyraczności. Dalsze badania, obserwacje i sposób zapobiegania powstawaniu czyraczności u żołnierzy jest w programie prac lekarzy pułkowych.

PROHIBICJA W AMERYCE

Według danych statystycznych, po zaprowadzeniu prawa przeciwalkoholowego w Ameryce śmiertelność znacznie zmalała. Z czasem, w miarę ożywiania się działalności „*bootlegerów*" i przemycania napojów wyskokowych, śmiertelność zaczęła się podnosić, gdyż zdarzały się wypadki przy pracy, lokomocji, spowodowane podnieceniem lub nietrzeźwością. Zniesienie zaś prawa przeciwalkoholowego wywowało wręcz ogromny wzrost śmiertelności, chociaż statystyki nie obejmują jeszcze licznych zachorowań z powodu nadużycia alkoholu.

LECZENIE TRĄDU

W kolonjach holenderskich w Afryce od dłuższego czasu lekarze przeprowadzają doświadczenia w kierunku leczenia trądu. Ostatnio dokonano szeregu doświadczeń przez stosowanie surowicy. Wyniki leczenia dają znakomite rezultaty, tak, że projektowane jest zamknięcie wielu leprozorjów.

PORADY FACHOWE W POLSKIM KOMITECIE ZIELARSKIM

Do Polskiego Komitetu Zielarskiego zwracają się początkujący plantatorzy lub zbieracze ziół z zapytaniami tak niesprecyzowanemi, że nie jest on w możności udzielania wyjaśnień. Ponieważ wszystkim zależeć powinno na popieraniu produkcji krajowych surowców, oraz samowystarczalności ziół leczniczych, podajemy pewne wytyczne, które podawać należy, zwracając się do Inspektoratu Polskiego Komitetu Zielarskiego (Warszawa, ul. Długa 16).

Wytyczne, opracowane przez P. K. Z. podano w piśmie „Wiadomości Zielarskie" Nr 10, str. 290, 1935 r. — Dla początkujących plantatorów:

1) Jaki ogólny obszar gospodarstwa?

2) Jaki obszar przeznacza się w I-szym roku pod plantację?

3) Jaki typ gleby i w jakiej kulturze?

4) Czy są budynki, w których można wyzyskać strychy, szopy na suszarnie, jaka ich przestrzeń i przewiewność.

5) Czy jest suszarnia ogniowa do chmielu, względnie tytoniu?

6) Czy jest odpowiednia ilość robotników, oraz czy byłby zapewniony dozór nad prowadzeniem plantacji?

Dla osób, zamierzających zbierać zioła dziko rosnące:

1) Jaki gatunek roślin leczniczych występuje w danej okolicy?

2) Jakie kwalifikacje fachowe posiada zbierający (znajomość botaniki w granicach potrzebnych do nie pomylenia podobnych ziół)?

3) Kto zajmuje się zbieraniem ziół (np. nauczyciel, gospodarz, aptekarz, firma, organizacja społeczno - rolnicza i t. d.)?

4) Czy są zapewnione warunki suszenia, sortowania, pakowania i przechowywania ziół leczniczych?

Polski Komitet Zielarski udziela bezpłatnych porad i informacyj członkom P. K. Z., członkom organizacyj rolniczych, na terenie działalności Warszawskiej i Wielkopolskiej Izby Rolniczej, oraz bezrobotnym. Wszystkim innym — za opłatą 2 zł. w biurze Komitetu (Warszawa, ul. Długa 16).

Zgłaszających się listownie, Polski Komitet Zielarski prosi o wpłacanie 3 zł. czy to przekazem pocztowym, czy na Nr Konta PKO 25.786, lub też o przysyłanie należytości w znaczkach pocztowych. Przyczem dołączyć jeszcze należy znaczek pocztowy na odpowiedź; inaczej zapytania pozostaną bez odpowiedzi.

TEMPO AMERYKAŃSKIE

W Kanadzie, niedaleko Torento, żona farmera urodziła 5 dzieci, same dziewczynki. Na tę wiadomość Czerwony Krzyż wysłał pielęgniarki do chorej i niemowląt. Zorganizowano zbiórkę, celem przyjścia z pomocą w wychowaniu dzieci. Społeczeństwo zajęło niezmiernie życzliwe stanowisko, tak, że w niedługim czasie powstał fundusz na budowę żłóbka wzorowego, w którym będą wychowywać się pięcioraczki. Powstający żłóbek obliczony jest na 20 dzieci, które nie będą miały odpowiednich warunków w domu do wychowania.

Co czytać?

Dr. med. Henryk Mierzecki: **Dla Twego Zdrowia**, o chorobach wenerycznych. Z 11 rysunkami w tekście. Książka polecona przez Min. Spraw Wojskowych i Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Wydanie drugie. Książnica - Atlas. Lwów — Warszawa 1936. Str. 127.

Oto spis rozdziałów książki, którą przeczytanie polecamy naszym Czytelniczkom, jako uzupełnienie i odświeżenie wiadomości, wyniesionych ze szkół pielęgniarstwa w dziale tak ważnym, jak choroby weneryczne:

1) Choroby płciowe gnębią ludzkość od najdawniejszych czasów.
2) Choroby płciowe wyrządzają szkodę gospodarstwu społecznemu.
3) Głównem źródłem chorób wenerycznych jest prostytucja.
4) Narządy płciowe to wrota dla chorób wenerycznych.
5) Choroby weneryczne w ustroju ludzkim.
6) Choroby weneryczne udzielają się i drogą niepłciową.
7) Jak umierają chorzy, którzy przebyli kiłę?
8) Choroby weneryczne są uleczalne.
9) Ochrona przed zakażeniem płciowem.
10) Choroby weneryczne w armji.
11) Dla twego zdrowia.

Książka dr. Mierzeckiego zawiera najnowsze statystyki z kraju i zagranicy i zaznajamia nas ze stanem obecnym chorób wenerycznych w Polsce. Napisana żywo i przystępnie, może być znaczną pomocą w pracy pielęgniarki zarówno szpitalnej, jak i społecznej.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.